

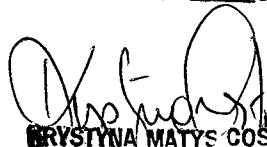
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

**A EDUCAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE, EM RELAÇÃO A
PREVENÇÃO DE CÂNCER DE ÚTERO E CÂNCER DE
MAMA, DA MULHER INTERNADA NA
GINECOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE FLORIANÓPOLIS -SC**

SUSANA DA CUNHA

Aprovado Pelo L. S.

Em 11/12/1995



BRYSTINA MATYS COST

**Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE-UFSC**

**FLORIANÓPOLIS/SC
1995**

SUSANA DA CUNHA

**A EDUCAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE, EM RELAÇÃO A
PREVENÇÃO DE CÂNCER DE ÚTERO E CÂNCER
DE MAMA, DA MULHER INTERNADA NA
GINECOLOGIA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DE FLORIANÓPOLIS -SC**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
APRESENTADO AO DEPARTAMENTO DE SERVIÇO
SOCIAL DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA
CATARINA PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
ASSISTENTE SOCIAL**

ORIENTADORA: PROFª. KÁTIA MACEDO

**FLORIANÓPOLIS/SC
1995**

“NESTA ALTURA DA VIDA, TUDO É CLARO, TUDO É POSSÍVEL, E NÓS NÃO TEMOS MEDO DE SONHAR E DESEJAR TUDO AQUILO QUE GOSTARÍAMOS DE VER FAZER EM NOSSAS VIDAS”

PAULO COELHO

AGRADECIMENTOS

Com amor e carinho aos meus pais, Waldemar e Helda, por me darem a vida, e não medirem esforços para a minha formação profissional e me apoiarem em mais esta etapa da minha vida. Amo vocês!

As minhas irmãs Lorieti e Camila, pelo amor e carinho que sempre compartilhamos e por fazerem parte da minha vida. Amo vocês!

Ao casal Lorieti e Jaques, pela convivência e o apoio que me deram de diversas maneiras, durante a minha vida acadêmica.

As minhas amigas e companheiras em todos os momentos de minha vida acadêmica: Tânia, Tayana, Marineuza, Jamile, Roberta, Roseli ("Rose"), Dirley, Gyani e Adriana.

À supervisora e amiga, Carmem Lúcia Blasi Vilari, pela amizade, compreensão e orientação durante o estágio e este trabalho.

À Kátia Macedo orientadora deste trabalho, pela amizade e carinho durante toda a caminhada.

A equipe interprofissional da Ginecologia, pela amizade e colaboração durante o estágio, em especial à Marilha, Léia, Lígia, Bernadete e Tadeu.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para que este sonho pudesse se concretizar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
------------------------	----------

CAPÍTULO I

O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO GINECOLÓGICA.....	10
--	-----------

1.1 - Contextualização do Hospital Universitário de Florianópolis - S.C.	10
--	----

1.2 - O Serviço Social e o desenvolvimento de suas atividades no Hospital Universitário.....	15
---	----

1.2.1 - O Serviço Social em atuação específica na Unidade de Internação Ginecológica - atribuições e perspectivas	18
--	----

1.2.2 - Definições de Ginecologia	21
---	----

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO DA NEOPLASIA: ASPECTOS BIOLÓGICOS, SOCIAIS E PSICOLÓGICOS QUE AFETAM O PORTADOR DA DOENÇA.....	23
--	-----------

2.1 - Neoplasia: definição, diferenciação e predisposição.....	23
--	----

2.2 - A questão relevante da situação psicológica e do estigma da doença para o paciente portador de câncer	27
--	----

2.2.1 - Aspectos psicológicos do câncer.....	27
--	----

2.2.2 - História de vida do paciente com câncer	29
2.2.3 - O estigma do câncer.....	30

CAPÍTULO III

O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA COMO INSTRUMENTO DE CONHECIMENTO DAS QUESTÕES EDUCATIVAS, PREVENTIVAS E CURATIVAS, RELACIONADAS AO CÂNCER GINECOLÓGICO.....	36
3.1 - A importância e aspectos fundamentais das ações educativas, preventivas e curativas, na área da saúde da mulher	36
3.2 - A apresentação das ações ligadas à saúde da mulher no município de Florianópolis	46
3.3 - Apresentação dos procedimentos e dados caracterizados na pesquisa.....	49
CONCLUSÃO	57
ANEXO	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

INTRODUÇÃO

"Só quando continuamos conscientes de nossa mortalidade é que continuamos percebendo que cada momento de nossa vida é irrecuperável e, por isso, tem que ser aproveitado. Somente porque o homem é finito, cada momento conta. Conta como realização e libertação ao nos envolvermos adequadamente com as reivindicações daquilo que nos solicita."

(BOSS, 1981)

O presente Trabalho de Conclusão de Curso foi elaborado com o objetivo de completar o último requisito exigido pelo Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do título de Assistente Social.

Este trabalho é fruto de nossa prática vivenciada durante o Estágio Curricular do Curso de Serviço Social, realizado no período de março de 1994 à julho de 1995, na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário de Florianópolis - Santa Catarina.

As pessoas morrem e adoecem por problemas que são decorrentes das precárias condições de vida em que são sujeitas à viverem no seu cotidiano, tais como: baixos salários, moradias inadequadas, falta de saneamento básico, falta de alimentação básica. Essas pessoas vivem em condições miseráveis de sobrevivência.

Com este cotidiano de miséria, o surgimento de doença através de causas sociais é facilitado, pois sabe-se que a saúde depende diretamente das condições de vida das pessoas.

Infelizmente, no Brasil, a primeira causa de morte por neoplasias malignas em mulheres, ainda é o Câncer de Útero, que nos países desenvolvidos e mesmo nos países pobres com sistemas de saúde eficiente, já foi totalmente controlado.

É assustador o número de mortes por neoplasias malignas de útero e de mama em nosso país.

“As neoplasias de útero e de mama seriam em grande parte evitáveis pelo exame preventivo sistemático das mamas e do útero, tecnologias simples e baratas que se tem mostrado eficazes nos diversos contextos brasileiros em que tem sido aplicadas.” (HALBE, 1987)

É importante salientar que a mulher pode fazer o auto-exame das mamas, sendo que aproximadamente 90% das neoplasias malignas de mama são descobertas pelas próprias pacientes.

O maior objetivo de todos os profissionais da área da saúde é a diminuição da mortalidade, entre elas pelo câncer. Nessa luta pela vida, em relação ao câncer, o que nos parece eficiente é a prevenção e a detecção precoce da neoplasia. Prevenção são todos os procedimentos que impedem o aparecimento de determinada doença.

“A educação em saúde vem sendo entendida por muitos como uma maneira de fazer as pessoas do povo mudarem alguns comportamentos prejudiciais à saúde. Seria, por exemplo, ensinar a lavar as mãos antes das refeições, a usar a privada para defecar, etc. Não é a esta educação em saúde que me refiro. A falta de higiene e o não seguimento de muitas recomendações médicas por parte da população tem causas muito mais profundas do que apenas a falta de conhecimento e a falta de motivação pessoal. Elas se explicam muito mais pela intensa carência de recursos e o sufoco de vida em que estão submetidos. Educar para a saúde é ajudar na busca da compreensão das raízes destes problemas e de suas soluções.”

(VASCONCELOS, 1991)

O presente trabalho está estruturado da seguinte maneira:

No Capítulo I, apresenta-se a contextualização do Hospital Universitário e da Unidade de Internação Ginecológica, bem como as características da clientela atendida, o trabalho do Serviço Social dentro da Instituição, e o cotidiano do Assistente Social no Hospital Universitário e na Unidade de Internação Ginecológica, com o objetivo de situar o espaço da prática, onde desenvolvemos nosso estágio e a demanda específica com a qual vivenciamos a nossa intervenção, que é a Unidade de Internação Ginecológica.

No Capítulo II, abordamos as questões relacionadas a Neoplasia maligna, relatando os aspectos biológicos, sociais e psicológicos, com o propósito de apresentar características da doença, possibilitando a compreensão de todas as variáveis relacionadas ao Câncer.

Finalizando, no Capítulo III, caracteriza-se as ações de saúde preventivas e curativas, apresenta-se a importância dos exames preventivos e da Educação na área da Saúde, e a pesquisa realizada com as mulheres internadas na Unidade Ginecológica, em relação aos exames preventivos.

CAPÍTULO I

O SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO E NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO GINECOLÓGICA

1.1 - Contextualização do Hospital Universitário de Florianópolis - SC

O Hospital Universitário é uma Instituição Pública, de caráter governamental, autárquico, universalizado e único no Estado. É diretamente subordinado à Reitoria da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e ao Ministério da Educação (MEC). Sua sobrevivência financeira é garantida pelo Ministério da Educação e por um convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS). A verba é repassada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, controlada pela Reitoria, porém, quem administra é o próprio Hospital Universitário.

O Hospital Universitário surgiu da necessidade dos alunos de possuírem um local onde conciliar teoria e prática, sendo inaugurado no dia 02 de maio de 1980, após um período de 15 anos de luta envolvendo professores e estudantes para que sua obra fosse concretizada. Tendo assim, a característica de ser um hospital-escola.

Inaugurou com 100 leitos, 23 consultórios de Clínica Geral com possibilidade de fazer 480 atendimentos diários. Foram ativados os setores de Radiologia, Laboratório de Análises e Farmácia Hospitalar.

O início do ensino, no hospital, deu-se com a internação dos primeiros pacientes e a instalação do serviço médico e de enfermagem, e também com a chegada dos estudantes de medicina acompanhados dos professores, que vinham transferidos do Hospital de Caridade e depois do Hospital Infantil Joana de Gusmão e da Maternidade Carmela Dutra.

O Hospital Universitário atende toda a população, abrange a grande Florianópolis e interior do Estado, tendo por objetivos prestar assistência bio-psico-social, visando conservar, recuperar e prevenir a saúde; possibilitar a formação de profissionais constituindo-se em campo de ensino, pesquisa e extensão.

Dessa forma, é uma instituição dedicada a prestação de serviços, não visa produção e nem comercialização de bens, funcionando através de unidades médicas, que tem como foco principal de atenção o paciente, cujos legítimos interesses devem prevalecer sobre os de pessoal docente, discente e técnico.

“Os usuários do Hospital Universitário na sua maioria são pacientes (adultos e crianças) providos do interior do Estado e das periferias da grande Florianópolis. Apresentam um quadro característico de pessoas carentes, que vivem com insuficiência ou estrita suficiência dos bens de consumo necessários à sobrevivência. Moram mal, em casas de terrenos invadidos ou alugados, com falta de infra-estrutura de saneamento básico.

Normalmente chegam ao hospital apresentando as seguintes queixas: fome, desnutrição, abandono, desinformação, falta de conhecimento de sua própria situação de saúde e doença, falta de condições financeiras para arcar com o

tratamento (dietas, próteses, transportes, medicamentos, etc.), necessidade de alojamentos durante o período de tratamento na capital.”

(Diretrizes do Serviço Social do Hospital Universitário)

Frente a essas demandas, a atuação do Serviço Social se dá conforme o que será relatado no item do serviço social.

De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde, direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.

Deste conceito amplo de saúde e desta noção de direito como conquista social, emerge a idéia de que o pleno exercício do direito à saúde implica em garantir:

- Trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho;
- Alimentação para todos, segundo as suas necessidades;
- Moradia higiênica e digna;
- Educação e informação plenas;
- Qualidade adequada do meio ambiente;
- Transporte seguro e acessível;
- Repouso, lazer e segurança;
- Participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde;
- Direito a liberdade, à livre organização e expressão;
- Acesso universal e igualitário aos serviços setoriais em todos os níveis.

Na realidade, no contato com os pacientes verifica-se que na sua grande maioria desconhecem esses direitos que são previstos na constituição; por isso não usufrui destes ou quando o fazem, sujeitam-se a serem "clientes" de favores de um sistema de saúde do qual são contribuintes.

Organização Interna da Instituição

O sistema organizacional é planejado em departamentos hospitalares, divisões e unidades. Possui regimento interno, boletins de normas, organograma e estatuto.

Hierarquicamente o Hospital Universitário está estruturado da seguinte forma:

- Conselho Diretor (órgão máximo da Instituição);
- Diretoria Geral;
- Vice-Diretoria;
- Diretorias: De Medicina;
De Administração;
De Enfermagem;
De Apoio Assistencial.

Assim, o Hospital Universitário é dirigido pela Administração Superior e Setorial. A Administração Superior é constituída pelo Conselho Diretor, Diretoria Geral e Vice-Diretoria, que são assessoradas por uma Secretaria Administrativa e Comissões Permanentes.

A Administração Setorial é constituída pela Diretoria de Medicina, Enfermagem, Administração e Apoio Assistencial.

As quatro Diretorias Setoriais são assim compostas:

- **Diretoria de Medicina:** Divisão de Clínica Médica;
Divisão de Pediatria;
Divisão de Clínica Cirúrgica;
Divisão de Medicina de Urgência;
Divisão de Tocoginecologia.
- **Diretoria de Enfermagem:** Divisão de Pacientes Internos;
Divisão de Pacientes Externos.
- **Diretoria de Administração:** Divisão de Serviços Gerais;
Divisão de Pessoal;
Divisão de Material;
Divisão de Finanças;
Divisão de Manutenção.
- **Diretoria de Apoio Assistencial:** Divisão de Apoio Assistencial;
Divisão de Serviços de Diag. Complementar

A Unidade de Internação Ginecológica está situada na Diretoria de Medicina, na Divisão de Tocoginecologia.

O Serviço Social está situado na Diretoria de Apoio Assistencial, na Divisão de Apoio Assistencial.

1.2. O Serviço Social e o desenvolvimento de suas atividades no Hospital Universitário

O Serviço Social passou a fazer parte da equipe de saúde no Hospital Universitário, após um mês de sua inauguração. A presença do Serviço Social junto ao corpo técnico científico da instituição, foi solicitada pela direção da comissão do Hospital Universitário, que preocupava-se em oferecer um atendimento que contribuísse para a saúde da clientela.

Já no início foram admitidas oito estagiárias de serviço social, sendo que o Hospital Universitário é um hospital-escola. Em 1981 foi declarado fechado o campo de estágio para o serviço social, com a justificativa das Assistentes Sociais de não supervisionarem as estagiárias, pela falta de apoio do Departamento de Serviço Social, falta de professores para supervisionarem e pelo fato da supervisão não ser remunerada.

Em 1984 o campo de estágio foi reaberto, sendo portanto, oportunizado campo de estágio para os alunos do Curso de Serviço Social no Hospital Universitário.

O trabalho do Serviço Social no Hospital Universitário, segue as normas de procedimento político da instituição onde, a assistência, o ensino, a pesquisa e extensão, são o centro de atenção da mesma.

O trabalho da Assistente Social se dá numa perspectiva educativa, assistencial e de apoio emocional.

Além de toda a questão emocional que o paciente enfrenta com a internação, ela apresenta igualmente outras necessidades, onde o Serviço Social precisa prestar auxílios concretos (alojamento para acompanhantes, alimentação, passagens, remédios, indicações, etc...) buscando recursos à nível comunitário e institucional.

A intervenção do Assistente Social acontece nas dificuldades de adaptação do paciente a situações de separação ou limitação, nas questões emocionais, familiares e profissionais, bem como no processo de obtenção de auxílios concretos onde, orientamos, encaminhamos e quando possível fornecemos recursos sociais, propiciando a reintegração dos pacientes aos seus grupos sociais.

Para o atendimento da clientela o Serviço Social utiliza como instrumento, a entrevista, reuniões, visitas domiciliares e contatos diários.

O Serviço Social dá enfoque especial para:

- “A democratização de informações, através da troca de saberes tanto popular, quanto profissional;
- Ao incentivo a participação na dinâmica do atendimento do Hospital Universitário, no tratamento e na vida comunitária;
- Ao acesso às informações dos recursos institucionais e comunitários, atentos à condição de cidadania (direitos trabalhistas, civis, previdenciários e outros);
- Respeito à tomada de decisões do usuário e ao saber popular;
- Prestação de serviços concretos como complementação do tratamento ambulatorial durante a internação e após a alta. (transporte, medicação, prótese, alojamento, etc...);
- Humanização do atendimento.”

(Diretrizes do Serviço Social do HU)

O Serviço Social desenvolve sua ação profissional tendo como objetivos:

- Atender as demandas sócio-assistenciais solicitadas pelos pacientes do Hospital Universitário;

- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem globalizada a pessoa atendida no Hospital Universitário;
- Desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença;
- Favorecer ao paciente condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;
- Favorecer ações educativas à comunidade universitária e a população atendida.

O serviço Social está estruturado de forma à atender as seguintes áreas no Hospital Universitário:

- **Internação:** Clínicas Cirúrgicas I e II;
Clínicas Masculinas I e II;
Clínica Feminina;
Clínica Pediátrica;
Clínica Ginecológica;
Unidade de Terapia Intensiva - UTI
- **Ambulatório:** Plantão;
Grupo Interdisciplinar de Gerontologia;
Ambulatório de saúde do Trabalhador;
- **Atenção à Patologias Específicas:** Diabéticos;
Ostomizados;
Renais.
- **Banco de Sangue;**
- **Voluntariado;**

- Emergência.

O atendimento do Serviço Social no Hospital Universitário está dividido em Unidades e o atendimento é realizado conforme as necessidades da demanda, sendo que os profissionais do Serviço Social tem como base os objetivos e diretrizes que foram citados anteriormente, sendo que os profissionais diferenciam-se no atendimento, onde cada pessoa age de maneira própria.

1.2.1. O Serviço Social em atuação específica na Unidade de Internação Ginecológica - atribuições e perspectivas.

O Hospital Universitário teve sua Unidade de Internação Ginecológica inaugurada em 13 de abril de 1992. Devido à baixa taxa de internação, em torno de 2 pacientes/dia, a unidade foi fechada em 11 de julho de 1992. Em 23 de novembro de 1992 ocorreu sua reabertura com regular número de internações. Sua Capacidade atual é para 11 leitos sendo, 9 da Ginecologia e 2 para a Cirurgia Plástica, tanto homem como mulher, e às vezes pacientes de outras especialidades cirúrgicas, quando não há vagas nas outras clínicas.

Desenvolvendo Estágio Curricular I, II e III na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário, constatamos via análise de estatística diária, que no período de março de 1994 até julho de 1995, uma das principais enfermidades atendidas na unidade, se concentrou no diagnóstico de Câncer, mais precisamente em Câncer de Útero e Câncer de Mama, onde neste mesmo período foram internadas 16 pacientes com Câncer de Mama e 41 com Câncer de Útero (conforme livro de internação diário da Unidade de Internação Ginecológica), os quais atingem mulheres na média de idade de 45 anos, sendo a maioria procedente da grande Florianópolis, mas também com grande incidência de pacientes do interior do Estado.

Elas são na maioria casadas, tem filhos e exercem atividades em casa ou ocupam lugar no mercado informal de trabalho.

A Unidade de Internação Ginecológica está instalada num espaço físico provisório, sendo que se aguarda a abertura da maternidade. Enquanto isso, se ocupa uma parte da área destinada a mesma, para definição posterior do espaço definitivo para as cirurgias ginecológicas.

Atualmente esta Unidade conta com uma equipe de recursos humanos, para a realização de suas atividades, composta pelos seguintes profissionais:

PROFISSIONAL	Nº
Assistente Social	01
Auxiliar de Enfermagem	02
Doutorandos	02 por semana
Enfermeira	08
Estagiária de Serviço Social	01
Ginecologista	06
Técnicos de Enfermagem	09

A Unidade de Internação Ginecológica teve seu campo de estágio aberto para o Serviço Social, em 01 de março de 1994, com a supervisão da Assistente Social Carmem Lúcia Blasi Villari, e a primeira estagiária foi a acadêmica de Serviço Social Susana da Cunha.

O atendimento do Serviço Social na Unidade de Internação Ginecológica é feito conforme a demanda e suas necessidades.

Através de entrevistas com os pacientes internados, procuramos conhecer a situação sócio-econômico-cultural dos pacientes, onde constatamos que grande parte dos pacientes, apresentam condições habitacionais inadequadas, sub-emprego, renda familiar insuficiente, desinformação, falta de conhecimento de sua própria situação de saúde e doença. A maioria das mulheres internadas nessa Unidade são

donas de casa, agricultoras, domésticas, aposentadas ou pensionistas da previdência social, recebendo baixos salários e com baixo nível de escolaridade. Frente a essas situações vivenciadas pelos pacientes no seu cotidiano, tentamos fazer com que o paciente reflita e através desta reflexão busquemos juntos alternativas para possíveis mudanças.

É solicitado no Serviço Social auxílios concretos como: transporte, medicamentos, alojamento, alimentação, e quando o paciente é do interior, muitas vezes é solicitado contato com as prefeituras para diversos auxílios.

Também nos é solicitado encaminhamentos, orientação trabalhista e previdenciária.

Faz parte da nossa prática cotidiana o assistencialismo, pois nos deparamos diariamente com pacientes com carências materiais que tem necessidade imediata de serem sanadas (alimentação, medicamentos, transporte, etc.).

Mas, deixamos visível que nossa prática não se constitui somente no assistencialismo, sendo enfatizada na assistência social, que é caracterizada na conquista de direitos sociais e no reconhecimento da cidadania da população, estimulando a participação, orientando, esclarecendo dúvidas dos pacientes, fazendo com que ele participe de todo o processo, no sentido de despertar o paciente para que ele tenha consciência daquilo que é, e daquilo que ele pode fazer por si mesmo. Direito de ser cidadão, direito que pode e deve ser por ele reivindicado, tendo iniciativa própria e noção de sujeito social com direitos e deveres.

O paciente muitas vezes chega ao hospital, como se estivesse sendo feito um favor a ele, por estar ali internado. Então, é feito um trabalho de conscientização com os pacientes, esclarecendo que a saúde é um direito de todos e que está garantida na Constituição.

No Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 diz:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

1.2.2. Definições de Ginecologia

No Tratado de Ginecologia, segunda edição volume um, Hans Woljgang Hable, define ginecologia como sendo uma disciplina da Medicina que lida com a assistência à saúde da mulher não grávida, focalizando particularmente as funções sexual e reprodutiva e suas doenças. O seu objetivo é o cuidado médico e a atenção à saúde da mulher no que diz respeito às funções sexual e reprodutiva.

Donovan & Benson criticam a definição de ginecologia exarada no Dorland's Illustrated Medical Dictionary, 25th ed, 1974, segundo o qual “é aquele ramo da medicina que trata das doenças do aparelho genital das mulheres.” Segundo Donovan & Benson, essa definição representa uma visão bastante limitada do papel do ginecologista.

A prática da ginecologia moderna é mais compatível com a definição do Welster's Third new International Dictionary, 1971: “O ramo da medicina que lida com mulheres, suas doenças, higiene e cuidado médico. Essa definição implica que o ginecologista é o médico primário no cuidado às mulheres, exercendo um papel principal no tratamento de uma variedade de problemas médicos e psicológicos. Naturalmente, essa afirmação não nega o fato de que a área de maior preocupação

na prática ginecológica não seja o que sempre foi: o sistema reprodutor e as funções sexuais femininas específicas.

O Aurélio, novo Dicionário da Língua Portuguesa, na sua edição de 1986, define ginecologia de modo conciso: "ramo da medicina que se ocupa das doenças privativas das mulheres. O termo que se ocupa, tomado num sentido abrangente, satisfaz o conceito atual de ginecologia segundo uma visão preventiva e curativa ou de atenção e cuidado médico.

A saúde, de acordo com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, deve ser entendida como o resultado do acesso à medicina preventiva, educação, habitação, trabalho, renda, alimentação, etc., e não apenas como ausência de doença.

Na época presente, o direito a saúde é privilégio para poucos, sendo que perde sua conotação de direito inerente ao cidadão. Na realidade, é uma minoria que tem acesso aos serviços de saúde, instalações sanitárias adequadas, padrão salarial, alimentação básica, ou seja, as condições dignas de sobrevivência, enquanto a grande maioria vive em condições miseráveis de sobrevivência, apenas sobrevivência.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO DA NEOPLASIA: ASPECTOS BIOLÓGICOS, SOCIAIS E PSICOLÓGICOS QUE AFETAM O PORTADOR DA DOENÇA

2.1. Neoplasia: definição, diferenciação e predisposição

A Neoplasia significa literalmente “crescimento novo”, e a massa de células que compõem o crescimento novo é o neoplasma. O termo crescimento novo não define adequadamente um neoplasma. Muito mais significativa é a definição de Willis: “neoplasia é uma massa anormal de tecido cujo crescimento excede e é incoordenado em relação aquele dos tecidos normais e que persiste da mesma maneira excessiva após a parada do estímulo que provocou a alteração.” A esta caracterização poderíamos adicionar que a massa anormal é sem finalidade, parasita o hospedeiro e é virtualmente autônoma. Ela parasita o hospedeiro de tal forma que o crescimento do tecido neoplásico compete com células e tecidos normais por suprimento de energia e substrato nutricional. Visto que essas massas podem crescer em um paciente que está se consumindo, elas são até certo ponto autônomas.

Os termos tumor e câncer devem ser esclarecidos. Na realidade, tumor se refere simplesmente a inchaço que é, de fato, um dos sinais preponderantes da inflamação. Enquanto que uma neoplasia próxima da superfície do corpo produz uma inchaço tumoral, de fato, nem todos os tumores são neoplásicos e podem também ser produzidos por hemorragia ou edema. Entretanto, um longo precedente histórico igualou o termo tumor com o de neoplasia, e os demais usos do termo tumor estão agora no limbo: Assim temos oncologia (oncos = tumor) como o estudo de tumores, ou mais corretamente o estudo de neoplasias.

Diferenciação entre Neoplasia benigna e Neoplasia maligna

O termo benigno e maligno, quando aplicados a neoplasias, tem implicações clínicas. A designação benigna implica que a lesão não é de risco vital, é de crescimento relativamente lento, não disseminará pelo corpo (não dará metastáses) e é removível, com cura do paciente. Algumas alcançam uma certa dimensão e aparentemente cessam de crescer ou mesmo diminuem de volume.

Apenas raramente uma neoplasia benigna será mortal, e isto em virtude de sua localização estratégica ou função. Em contraste, quase todas as neoplasias malignas têm um potencial ameaçador de crescimento rápido, invasão, destruição de estruturas contíguas e disseminação pelo corpo levando à morte.

O modo de crescimento e a capacidade de disseminação diferenciam muito claramente cânceres de neoplasias benignas.

Câncer é o termo comum para todas as neoplasias malignas.

O termo câncer advém do grego Karkinos e do latim câncer significando caranguejo, simbolicamente pela semelhança entre as veias intumecidas de um tumor

e as pernas do animal e também pela sua agressividade, imprevisibilidade, invulnerabilidade e capacidade de aprisionamento.

Com poucas exceções, todos os cânceres podem dar metástases.

Metástases são implantes tumorais descontínuos com tumor primário. Ou seja, é a disseminação do câncer primário para outros órgãos do corpo. A invasividade dos cânceres permite que eles penetrem nos vasos sanguíneos, linfáticos e cavidades do corpo, oferecendo oportunidade para disseminação.

Comparações entre Neoplasias benignas e malignas

Características	Neoplasia benigna	Neoplasia maligna
Diferenciação	Estrutura frequentemente típica do tecido de origem.	Estrutura frequentemente atípica, isto é, diferenciação imperfeita.
Velocidade de crescimento	Crescimento geralmente progressivo e lento, podendo estacionar ou regredir, figuras de mitoses raras; as presentes são normais.	Crescimento errático podendo ser rápido, com muitas figuras de mitose anormais.
Modo de crescimento	Crescimento em geral puramente expansivo, formando-se uma cápsula.	Crescimento tanto infiltrativo como expansivo; encapsulação estrita quase sempre ausente.
Metástases	Ausente	Frequentemente presente

Predisposição ao Câncer

Todos nós gostaríamos de ter a certeza de não sermos propensos ao câncer. Infelizmente, não se pode oferecer esse tipo de segurança, pois é impossível predizer quem é predestinado a desenvolver uma neoplasia maligna. A despeito disso, conhecemos um número apreciável de fatores, uns relacionados ao paciente, outros

relacionados ao ambiente em que ele vive, que podem estar associados a predisposição às neoplasias.

O Câncer de Útero e o Câncer de Mama são de grande incidência em nosso meio, representando uma das principais causas de morbimortalidade feminina.

Os principais fatores de risco associados ao Câncer de Útero são:

- níveis sócio-econômicos baixos;
- multiplicidade de parceiros (ambos os sexos);
- história de doenças sexualmente transmissíveis;
- infecção por HPV

Os principais fatores de risco associados ao Câncer de Mama são:

- mulheres com história familiar de câncer de mama;
- primeira gestação tardia;
- nuliparidade;
- disfunções hormonais;
- história de patologias mamárias benignas

Vivendo em condições miseráveis de sobrevivência, as pessoas colocam em risco sua saúde, conseqüentemente sua própria vida.

Quando internadas, recebem tratamento específicos para sua doença; recuperando-se, retornam ao meio em que vivem, onde estão sujeitas e expostas as mesmas e outras patologias.

Isto acontece, devido ao sistema capitalista onde vivemos, onde ocorre má distribuição de recursos, sendo que uma minoria é privilegiada e a grande maioria nem sequer tem acesso aos serviços básicos para sua sobrevivência digna e saudável.

2.2. A Questão Relevante da Situação Psicológica e do Estigma da Doença para o Paciente Portador de Câncer

2.2.1. Aspectos Psicológicos do Câncer

Segundo as autoras Therezina Di Biaggi & Heloisa Benevides de Carvalho Chiattonne, as doenças apresentam três componentes psicológicos característicos, que são:

- componente autopunitivo
- componente agressivo
- componente erótico

O Componente autopunitivo: a questão da crença em que a doença é castigo decretado pelos deuses para punir pecados do povo, que tem séculos de existência. Cada homem cria seu próprio Deus e obedece a ele, decretando e executando seu julgamento interno, com punição contra si próprio. Algumas doenças orgânicas impressionam pela força e domínio dessa necessidade de punição. “As vezes uma cruz externa é substituída por outra interna, por uma doença orgânica.” Esta compulsão em autopunir-se é inconscientemente um dos fatores determinantes por trás do sintoma. Casos de hipertensão arterial, afecções cardíacas, lesões orgânicas de órgãos geniturinários, afecções de vista, podem ter fatores emocionais como componentes importantes para a configuração dos casos.

O componente agressivo: Por trás de tantas dores, incapacitações e sofrimento, os componentes agressivos estão presentes. A relação autopunitiva, traduzida no sofrimento implica nos sentimentos agressivos, que também produzem doença orgânica. A repressão da raiva, sentimento feroz, é impressionante e evidente em doenças cardíacas, o reflexo ou expressão, de tendências agressivas totalmente reprimidas.

O componente erótico: A doença orgânica pode expressar uma espécie de auto-amor. O órgão doente torna-se objeto principal de atenção do paciente, de sua preocupação.

É uma consequência da escolha do órgão como alvo de ataque, autodestrutivo e autopunitivo. O fluxo erótico é transferido para lá, para neutralizar ou manter, sob controle, outros elementos. O componente erótico entra na estrutura psicológica fundamental de toda a doença orgânica.

"A doença orgânica é a resultante de numerosos fatores cooperativos, não apenas elementos estranhos como as bactérias, mas numerosos elementos internos, inclusive os componentes psicológicos."

(MENNINGER, 1987)

"A maioria das doenças está na dependência tanto de fatores emocionais quanto físicos.

Você é uma unidade mente-corpo. Suas emoções são fenômenos físicos e cada alteração fisiológica tem o seu componente emocional."

(REICH, 1987)

Estudos demonstram que o câncer ginecológico, engloba muito mais do que somente a lesão orgânica em si, que a história de vida do indivíduo é fator muito importante no aparecimento e na patogenia das doenças, podendo a doença evoluir para a cura, para a cronicidade ou para a morte; que o passado, o presente e o futuro podem ser fatores causais e interferirem na dinâmica patológica; que os estados emocionais vivenciados ou imaginados e sentidos como verdadeiros, atuam nos pacientes e produzem modificações bioquímicas, funcionais e orgânicas.

Portanto, a paciente com câncer ginecológico deve ser considerada como um indivíduo total, integrado, não compartimentalizado em sistemas orgânicos, matérias científicas ou especialidades médicas. A mulher não deve ser vista apenas com funções sexuais e reprodutoras, mas sim, como um ser total, não em partes. A mente

e o corpo não podem ser considerados dissociadamente, pois a mente e o corpo são inseparáveis.

2.2.2. História de Vida do Paciente com Câncer

A personalidade do paciente canceroso é marcada por desesperança, fracasso, desistência, desânimo e desespero. Essas características são comuns na história de vida de pacientes com câncer.

Schmale & Iker, quando estudaram pacientes portadores de câncer ginecológico, perceberam que, antes de desenvolverem a doença, essas pacientes apresentavam condições de desespero. Apresentavam traços de personalidade e histórias de vida semelhantes, marcadas por intensa sensação de fracasso e insatisfação. Os autores notaram que os pacientes cancerosos avaliados apresentavam “um estilo próprio de desistência, um sentimento de frustração, desesperança em relação a conflitos que não tinham como ser solucionadas.”

O estresse e perdas significativas estão relacionados a comportamentos de desistência, sentimentos de fracasso e exaustão frente à vida. O estresse e perdas significativas estão na história de vida anterior à doença.

Chaves afirma que a vivência de situações estressantes provoca uma síndrome com manifestações gerais. Essa síndrome ajudaria no processo de adaptação do indivíduo sendo que esta adaptação pode causar ou desencadear o câncer. Esta síndrome geral de adaptação compreende três fases: reação de alarme, estágio de resistência e estágio de esgotamento.

Evidentemente, a importância de um acontecimento ou vivência estressante, dependerá de como cada pessoa vai lidar com este fato.

Schmale & Iker acompanhando 14 mulheres sadias cujos maridos haviam falecido de câncer, verificaram que 10 mulheres reagiram à perda desistindo e adoeceram em 6 meses. As 4 mulheres que reagiram bem a perda permaneceram saudáveis.

2.2.3. O Estigma do Câncer

A partir dos anos 20, o câncer passa a ocupar o espaço dramático na vida das pessoas, amenizando o horror em relação a tuberculose.

No Tratado de Ginecologia, Sontag refere que “agora é a vez do câncer ser a doença que não bate à porta antes de entrar. É o câncer que desempenha, agora, o papel de enfermidade cruel e furtiva, um papel que conservará até que um dia sua etiologia se torne tão clara, quanto se tornaram a etiologia e o tratamento da tuberculose.”

O câncer é uma entre algumas doenças que deixa as pessoas atemorizadas. Para a grande maioria, o diagnóstico de câncer está diretamente relacionado a morte.

A inaceitabilidade em relação ao câncer está ligada a várias causas, sendo que a mais importante é a que se refere ao sofrimento durante o tratamento e nas etapas da doença onde, pode ocorrer deformações no corpo e de alguma forma comprometer suas funções normais.

Outra causa estigmatizante, está relacionada ao afastamento de amigos e familiares.

Os pacientes com câncer relatam profundo sofrimento, em relação ao afastamento de amigos e parentes ao saberem do diagnóstico. A justificativa dessas pessoas, em geral, é afastar-se do sofrimento, do medo da morte, da morte em si.

Faremos agora, algumas citações do Tratado de Ginecologia, de pessoas que se afastaram do doente e de algumas que ficaram próximas, onde fica evidente o medo das pessoas que se afastaram, e a falta que o paciente sente dessas pessoas.

Marido de uma paciente com câncer de colo:

“Comecei a faltar nas visitas porque não sabia mais como agradar a minha mulher e tirar-lhe aquele sofrimento. Ela me perguntava coisas que eu já não sabia como responder. Ela tinha dores e eu não sabia o que fazer. Eu ia embora da visita desesperado e então comecei a faltar. Eu sei que ela sentia minha falta mas como é que eu ia ajudar?”

A esposa de um paciente jovem, falecido há vários anos de um câncer na parótida, relata o afastamento dos amigos e da família com um dos piores fatores na evolução da doença do marido.

Relata que o marido, apesar de ter feito uma cirurgia mutilante, assumiu uma postura tranquila frente a seu aspecto físico, frequentando normalmente os locais públicos, levando uma vida praticamente normal, a nível de trabalho e produção. Mas enfatiza o afastamento dos amigos e da família como um fator relevante, aviltante: “se ele conseguia conviver com a doença, os amigos deveriam ser menos egoístas...”

A mãe de um paciente de 24 anos, portador de LLA, “meu filho tinha muitos amigos, organizava reuniões na minha casa, participava de um time de futebol minha casa vivia cheia de gente. Quando foi descoberta a Leucemia, alguns foram ao Hospital mas depois, simplesmente, desapareceram. Meu filho achava que eles vinham pouco ao Hospital por causa da limitação do número de visitas, mas quando voltamos para casa ele percebeu que estava só.”

É importante ressaltar, que este medo, horror, este afastamento ao câncer, prejudicam as campanhas preventivas, afastando as pessoas de exames regulares que poderiam, evitar quadros graves e disseminados.

O estigma do câncer está arraigado às pessoas. Está relacionado a sofrimento, sentença de morte, dor, mutilação, deformação, desfiguração, apreensão com a auto-imagem e perda de peso que comunica ao mundo a realidade da doença, abandono, contágio, perda da estima, perda do atrativo sexual, medo da morte, perda da capacidade produtiva.

Alguns aspectos relevantes ao estigma do câncer devem ser enfatizados:

- "O câncer ainda é tido como sinônimo de morte e como algo a se esconder;
- O contato com o paciente com câncer funcionaria como uma violação do tabu da morte;
- A palavra câncer é maldita, execrável, repugnante, discriminatória;
- As mentiras repetidas aos doentes com câncer refletem o medo da doença. o medo da morte;
- O câncer é doença de crescimento "invisível", "desenvolvimento compassado, firme, letal;"
- A imagem coletiva da doença: "trabalha devagar", "alguém morreu de longa enfermidade", "se espalha", "se difunde", "tomou o corpo todo;"
- As consequências mais temidas são a dor e a mutilação;
- "É humilhante pelo medo, agonia e dor;"
- O câncer atinge áreas do corpo cujo reconhecimento é embaraçoso: ânus/vagina/mama/próstata/reto;
- As mutilações externalizam a doença, humilham, afastam-no;
- "Na hierarquia dos órgãos, o câncer no pulmão é o menos embaraçoso;"
- Nos tumores sólidos, a imagem tem um cunho real, localizado;

- “A leucemia é a forma mais etérea da doença”, “a doença é invisível, incontrolável e o medo e a falta de controle aumentam;”
- “Nenhuma mudança de ambiente é capaz de ajudar. A luta é dentro do corpo. Não se diminui o câncer com novos ambientes;”
- O tratamento é agressivo e tem efeitos colaterais insuportáveis;
- “O câncer revela que o corpo é apenas corpo; falível, finito;”
- O Câncer é a doença dos resignados, dos sofredores, dos fracassados, dos perdedores”.

(Tratado de Ginecologia)

“a angústia une os extremos; a liberdade de poder ser, a vida de um lado; finitude, limite, morte de outro.

Por ela experimentamos antecipadamente para onde tende a condição humana. Ela nos faz antever a origem e o fim que estão em nós e que a angústia nos leva a ponderar. Por isso, ela é indescartável, como marca de condição humana em cada um de nós, antes de qualquer conhecimento. Aceitar esta condição de ser-para-a-morte e lutar pela vida; eis a verdadeira coragem de ser, pois ela supõe o confronto constante com o desconhecimento que é o não ser, que nos afeta de diferentes maneiras.”

(DICTCHEKENIAN, 1988)

2.3. Aspectos Emocionais Constatados durante a Internação na Unidade Ginecológica

Em relação ao estado emocional e o comportamento das pacientes internadas na Ginecologia, foi possível constatar através de entrevistas e contatos diários com as pacientes, algumas necessidades emocionais.

As mulheres que eram do interior, sentiam muita falta da família, que muitas vezes não vinham visitá-las pela distância, pela situação econômica e também por não terem onde deixar os filhos;

Algumas mulheres passavam pelo processo cirúrgico sem saberem do diagnóstico que era de câncer e de certa forma aparentavam menos preocupação com a cirurgia em relação as mulheres que sabiam do diagnóstico;

Algumas mulheres sabiam do diagnóstico e não queriam nem tocar no assunto da doença e nem conversar;

Muitas mulheres nos procuravam para conversar sobre o cotidiano, e relatavam que conversar amenizava a saudade dos familiares e diziam que tendo alguém dentro do hospital sabendo dos seus problemas e se preocupando com elas, sentiam-se mais seguras;

Um número baixo de pacientes queixaram-se de abandono total dos familiares e diziam que à muito tempo não tinham notícias dos mesmos.

Para amenizar a falta dos familiares das pacientes fazíamos o possível para entrar em contato com os familiares através do telefone e orientávamos para procurarem as prefeituras para conseguir passagem.

Essas mulheres, na sua maioria chegam ao hospital angustiadas pelas dificuldades materiais que passam no seu cotidiano, como a falta de alimentação básica, habitação, saneamento básico, salário, etc. Elas são donas de casa, domésticas, agricultoras, casadas e tem filhos. Elas ficam muito preocupadas com os filhos e os trabalhos que tiveram que deixar.

Alguns relatos das pacientes durante as entrevistas, que demonstram algumas características citadas anteriormente.

"Moro em uma casa de madeira bem velha, não tenho televisão, nem liquidificador, e o banheiro fica na rua. Olha senhora, a gente é pobre mais nunca passou fome. Eu só estou com saudades da minha família."
(M.D.C. - 45 anos)

"Eu trabalho o dia inteiro na roça, meu marido é doente da intoxicação e só pode trabalhar um pouco."

(M.D.C - 45 anos)

"Estou bastante alegre, a minha família esteve aqui no final de semana."

(D.R.C. - 70 anos)

"Meu marido faleceu há \pm 2 anos, e os meus filhos não ligam para mim e faz muito tempo que eu não tenho notícias deles."

(A.N. - 70 anos)

"Não sei ler nem escrever. Precisei trabalhar desde cedo na roça e cresci no meio de muita pobreza."

(E.A.R - 80 anos)

CAPÍTULO III

O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA COMO INSTRUMENTO DE CONHECIMENTO DAS QUESTÕES EDUCATIVAS, PREVENTIVAS E CURATIVAS, RELACIONADAS AO CÂNCER GINECOLÓGICO

3.1. A Importância e Aspectos Fundamentais das Ações Educativas, Preventivas e Curativas, na Área da Saúde da Mulher

As ações de saúde preventivas e curativas

O objetivo das ações de saúde, tanto preventiva quanto curativa é propiciar ao homem o mais alto grau de saúde, visando como resultado o bem-estar geral do mesmo.

As ações curativas procuram impedir que se agrave um dano ao organismo. O doente, a família e a comunidade, percebem visivelmente o dano no organismo do paciente. Já nas ações preventivas, não temos essa percepção, pois esta tem como objetivo impedir que o dano se manifeste.

A remotividade do dano, deprecia a ação preventiva por parte da clientela e até mesmo do sistema de saúde.

Pode-se dizer que as ações preventivas são compostas de 3 etapas:

- Ações preventivas primárias;
- Ações preventivas secundárias;
- Ações preventivas terciárias.

Níveis de Aplicação de Ações de Saúde

1º Nível	2º Nível	3º Nível	4º Nível	5º Nível
Promoção da Saúde	Proteção específica	Diagnóstico e tratamento pronto	Limitação do dano	Reabilitação
Prevenção Primária		Prevenção Secundária	Prevenção Terciária	

As ações preventivas primárias, evitam que a doença ocorra; na prevenção secundária, a ação curativa também se reveste de aspectos preventivos, através do diagnóstico precoce; na prevenção terciária, ou seja, na limitação do dano e na reabilitação ainda se percebem ações curativas com características preventivas, com o objetivo de evitar danos maiores.

“Saúde e patologia são armas ideológicas e institucionais para a preservação do comportamento ajustado. São instrumentos para o controle dos desviantes. No fundo do problema da saúde e da patologia encontramos o problema do poder.”
(RUBEM A. ALVES)

Dificuldades e Princípios da implantação da Medicina Preventiva na Medicina Curativa.

São numerosas as dificuldades de implantação da Medicina Preventiva na Medicina Curativa. Um dos fatores é que na medicina preventiva os resultados demoram ou nunca aparecem, já na medicina curativa os resultados são imediatos.

Citaremos alguns dos fatores que dificultam esta implantação:

1 - Imediatismo: Estilo de vida imediatista onde a prevenção é colocada em plano secundário, porque seus resultados são demorados ou nunca aparecem.

2 - Curso Médico: A maior ênfase à especialização e ao cuidado episódico das doenças.

3 - Maior prestígio profissional na medicina curativa: Na competição pelo prestígio profissional mais vale expor novos métodos de diagnóstico e tratamento do que estudar a prevenção das doenças.

4 - Maior ganho financeiro na Medicina Curativa: As práticas preventivas na maioria das vezes são menos rendosas para o médico do que tratamentos alongados e cirurgias de alto vulto.

5 - Constituição de empresas que negociam saúde: As empresas que negociam saúde são intolerante em relação à medicina preventiva e burocratizam ao máximo essa prática.

6 - Falta de motivação da cliente: As mulheres devem ser motivadas a procurar o médico para conservar a saúde e não a recuperá-la após estarem sob domínio da doença.

Apesar da aceitação da importância da prevenção na diminuição da morbidade e mortalidade das doenças, essas dificuldades de implantação da medicina preventiva na Medicina Curativa, dificilmente serão removíveis a curto prazo.

“Em geral educados dentro da filosofia do diagnóstico e tratamento das doenças estabelecidas, os médicos devem prioritariamente implantar sua medicina tradicional ou curativa com a medicina preventiva, transformando-a em medicina integral. Somente a medicina integral poderá diminuir ou impedir a influência das doenças no bem-estar humano.”

(HALBE, 1987)

A implantação da medicina preventiva na medicina curativa pode ser feita de acordo com cinco princípios fundamentais:

- 1 - Princípio da Identificação:** reconhecimento das populações de alto risco.
- 2 - Princípio do Rastreamento:** reconhecer as pessoas que apresentam determinada doença, independente de sua gravidade. Visa separar pessoas aparentemente saudáveis que podem apresentar uma doença, de pessoas que possivelmente não são portadoras.
- 3 - Princípio da Detecção:** o médico deve diagnosticar os estágios iniciais, de preferência pré-clínicos ou precursores das doenças. Em termos comparativos detectar é muito mais importante do que rastrear.
- 4 - Princípio do Tratamento:** o médico deve diagnosticar e tratar condições predisponentes evitando o aparecimento inclusive dos estágios pré-clínicos ou precursores das doenças.
- 5 - Princípio da Educação ou Prevenção Primária:** o médico deve preocupar-se em educar a mulher para a saúde e assim praticar a prevenção primária das doenças.

Uma das diferenças fundamentais entre medicina curativa e medicina preventiva é que na primeira o médico espera que a paciente venha episodicamente com suas queixas. Já na segunda, é preciso chamar a paciente periodicamente caso ela não compareça espontaneamente, para reexaminar, educar e reeducar e reforçar sua motivação preventiva.

No Capítulo II (da seguridade social), seção II (da saúde), o artigo 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 diz:

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.”

Os Exames Preventivos

O exame preventivo é uma parte do exame ginecológico que ajuda, também, a esclarecer outros problemas comuns sentidos pelas mulheres. Faz parte do exame preventivo o exame de mama para descobrir o câncer de mama.

O exame preventivo não evita o câncer mas, se a mulher tiver a doença, ela pode descobrir mais cedo através do exame e ter mais chance de se curar.

Não é necessário que a mulher esteja sentindo alguma dor, algum sintoma, para fazer os exames preventivos. É através destes, que se tenta evitar as mortes pelo câncer de útero e câncer de mama. É um exame simples, que pode ser realizado

no posto de saúde. Além do exame que o médico faz, toda mulher pode se palpar, sentir seu seio e ver se há algo de errado, sendo que, estatísticas comprovam que a maioria do câncer de mama é descoberto pela própria mulher.

Os exames preventivos devem ser feitos pelo menos uma vez por ano nas mulheres que já iniciaram vida sexual, mesmo as grávidas, as que estão sem parceiros no momento, e as que tem mais idade e não menstruam mais.

Detecção precoce são todos os procedimentos capazes de diagnosticar, ainda em fases iniciais, uma neoplasia maligna. Na maioria das vezes consegue-se com o diagnóstico precoce o tratamento apropriado, para deter a progressão da doença.

Alguns relatos de pacientes internadas na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário, à respeito dos exames preventivos.

"Fazia uns 4 anos que eu não fazi o preventivo, mas agora, irei sempre fazer."
(R.O.N.G. - 54 anos)

"Sempre fiz o preventivo na Rede Feminina de Combate ao Câncer, lá em Chapecó."
(L.L.R. - 23 anos)

"Olha moça, já ouvi falar sobre esses exames, mas nunca fiz."
(C.A.V. - 26 anos)

"Nunca fiz os exames preventivos, não sei o que é. Ardia um pouco, o pessoal que mora perto dava 'receitinhas' de banho, pomadas e outros remédinhos. Eu vim ao hospital porque estava com muita dor".
(E.A.R. - 80 anos)

"Fiz os exames de útero e de mama, e descobri o tumor através do exame"

"O câncer pode roubar-lhe aquela alegre ignorância que uma vez o levou a acreditar que o amanhã se estenderia para sempre. Cada dia é um dom precioso para ser usado sábia e eternamente."
(HALBE, 1987)

Exame Ginecológico Preventivo

Rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis

<p>Mulheres jovens com atividade sexual de risco: Rastrear sífilis, gonorréia, clamídia, mollicutes e tríade viral: HPV, HSV e HIV</p>
--

Rastreamento do câncer ginecológico
--

<p>- Mulheres entre 18 e 40 anos de idade: Exame pélvico a cada 1-3 anos + Papanicolaou - Acima dos 40 anos de idade: Exame pélvico anual + Papanicolaou - Exame clínico das mamas: Mulheres entre 20 e 40 anos de idade: cada 3 anos Acima dos 40 anos de idade: anual - Mamografia Entre 40 e 49 anos de idade: cada 1-2 anos A partir dos 50 anos de idade: anual</p>

A importância da educação na área da saúde

Num país em desenvolvimento, a educação para a saúde é atividade das mais importantes.

O processo educativo é o instrumento básico para transmitir informações e experiências sobre a saúde.

No Capítulo III (da educação, da cultura e do desporto), Seção I (da educação), o artigo 205 da Constituição da República Federativa do Brasil, diz:

“A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.”

Infelizmente, o Estado não garante a uma grande parte da população as condições básicas de sobrevivência digna, como a alimentação básica, habitação, salário, educação, etc.

Vivemos em um país com tecnologias avançadas e no entanto, ainda admite-se que pessoas passem fome, morem nas ruas, que não tenham acesso a educação e que morram com doenças que poderiam ser descobertas precocemente.

O processo mais eficiente das ações profiláticas é sem dúvidas, a educação para a saúde. Conscientizar as pessoas em relação aos exames preventivos e a importância dos mesmos, e dando acesso igualitário, diminuiria a morte por neoplasias malignas.

Em nosso país, a educação está pouco voltada para a profilaxia, causando danos irreversíveis, onde o diagnóstico precoce em determinadas patologias é vital. Podemos citar como exemplo, o Câncer de Útero e o Câncer de Mama, que se fossem descobertos precocemente, teriam mais chance nos tratamentos.

O processo educativo é um instrumento de transformação social. Tanto a educação nas escolas, quanto toda forma de ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e que estimule a criatividade, são de suma importância.

Este processo em saúde visa mudanças de comportamentos, através de informações e experiências, onde, ensinar, há muito tempo deixou de ser transmitir simplesmente informações. Aprendemos mudando nossos comportamentos através de experiências e informações.

Tanto a educação nas escolas, quanto o saber popular são importantes. Ambos conscientizam as pessoas através do diálogo, nas questões em relação a educação em saúde.

"Quanto mais estudamos a realidade de vida da população, mais percebemos como que o saber popular, antes de ser um saber atrasado, é um saber bastante elaborado, com ricas estratégias de sobrevivência, e com grande capacidade de explicar parte da realidade."

(VASCONCELOS, 1991)

Assim, podemos entender a educação em saúde como uma educação baseada no diálogo, na troca de saberes. É um intercâmbio entre o saber científico e o popular, onde ambos aprendem e ensinam.

A Municipalização em Questão

Para que toda a população de um país tenha saúde, tem que estar sob um governo que esteja praticando uma política que garanta condições sadias e dignas de vida como: alimentação básica, habitação higiênica, saneamento básico, trabalho em ambiente salubre, poder aquisitivo conveniente, serviços, médicos, educação, lazer, informação e cultura.

As políticas precisam garantir as ações preventivas, que conseqüentemente diminuirão as enfermidades, que refletirá na economia sendo que, nas ações curativas os gastos são bem mais elevados do que nas ações preventivas.

Precisamos de um governo que se preocupe realmente com a saúde, e que faça campanhas preventivas em todos os âmbitos, proporcionando atendimento para todas as classes sociais.

"Quando a política de saúde prioriza investimentos em ações curativas, destinando, portanto, menos recursos para a área de prevenção e de saúde pública, tem-se como resultado imediato, uma alta frequência de enfermidades e, como consequência desta, uma produção mais baixa.

Portanto, em planos de desenvolvimento, quando se define como meta a melhoria dos níveis de saúde, ela deverá ser atingida não só por meio de tratamento mais adequado da população enferma, mas também, através de programas que permitam a prevenção de doenças e a promoção da saúde, assim como a sua integração com outros programas de habitação, objetivando ter-se como resultado uma comunidade mais hígida, permitindo e facilitando a sua integração num amplo processo de desenvolvimento econômico e social."

(MARCONDES, 1981)

Temos hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS) como ação global de saúde voltada para toda a população, independente de ser ou não contribuinte da previdência social.

O SUS é uma nova formulação política e organizacional, criado para reorganizar os serviços e ações de saúde, que estão previstos na Constituição de 1988, nos artigos 196 à 200.

O SUS será financiado, nos termos do artigo 195 da Constituição federal, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

O Sistema Único de Saúde, foi criado com o intuito de descentralizar os atendimentos de saúde, para que a população seja melhor atendida, sendo que o município fica responsável pelo atendimento a população de sua cidade, garantindo atividades de prevenção, proteção e recuperação da saúde.

Mesmo a Constituição Federal de 1988 garantindo os direitos do povo com a descentralização, sabe-se que em vários municípios a população não tem o atendimento que necessita, principalmente em relação aos exames preventivos, onde quem quer fazer os exames preventivos precisa pagar, sendo que uma consulta está

em torno de CR\$ 40,00 e o salário mínimo é apenas CR\$ 100,00. Então, aonde é que está a garantia de um atendimento melhor com a descentralização?

Os municípios precisam garantir atendimento em todos os níveis de saúde para a população, auxiliando de diversas formas ao acesso de exames, consultas, o que for necessário para a saúde digna de sua população.

3.2. A Apresentação das Ações ligadas à Saúde da Mulher no Município de Florianópolis

Com relação ao município de Florianópolis, procuramos conhecer o trabalho realizado no município, no que se refere a questão da prevenção e do atendimento da mulher, na tentativa de identificar a política de saúde e o desenvolvimento de ações com o caráter de “Educação Preventiva”.

Em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, através do responsável pela execução dos programas destinados à mulher, a Enfermeira Margarete Fernandes Mendes, nos explicitou as ações de saúde da mulher desenvolvidas em Florianópolis a qual passaremos a descrever.

A nível de município temos o PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

O PAISM é acompanhado e gerenciado a nível de Brasil, sendo instituído no Brasil em 1984, e em Florianópolis em 1991.

O PAISM desenvolve em Florianópolis as respectivas ações em relação à saúde da mulher:

- Assistência a concepção e contracepção;
- Assistência em Clínica Ginecológica;
- Pré-Natal;

- Controle das doenças sexualmente transmissíveis e;
- Ações Preventivas do Câncer.

Em se tratando de Ações Preventivas do Câncer, o município através de uma equipe de médicos e enfermeiros, realiza os exames preventivos e passa para a paciente informações educativas especificando sobre o auto-exame de mama e focalizando de modo especial o câncer de útero e os cuidados diversos na área da saúde.

Esse trabalho é desenvolvido em alguns centros de saúde. os quais serão especificados a seguir:

Centros de Saúde I:

- *Continente:*

- . Policlínica II
- . Estreito
- . Balneário
- . Capoeiras
- . Sapé
- . Morro da Caixa

- *Região Sul:*

- . Saco dos Limões
- . Costeira
- . Carianos
- . Ribeirão da Iha
- . Armação

Centros de Saúde II:

- Centro:

- . Avenida Rio Branco "Antigo Departamento"

- Região Leste:

- . Costa da Lagoa
- . Lagoa da Conceição
- . Itacorubi

- Região Norte:

- . Saco Grande II
- . Cachoeira do Bom Jesus
- . Ingleses
- . Vargem Grande
- . Santo Antônio de Lisboa

Cabe ressaltar que o atendimento é realizado diariamente nos centros de saúde da Policlínica II e da Avenida Rio Branco "Antigo Departamento". Nos demais Centros de Saúde, os atendimentos são agendados.

Com referencia aos recursos destinados aos programas desenvolvidos, estes são provenientes do SUS.

No município de Florianópolis temos outras instituições que desenvolvem ações ligadas a questão da prevenção do câncer ginecológico, entre as quais incluem-se: A Rede Feminina de Combate ao Câncer, A Policlínica de Referencia Regional e o Hospital Universitário.

3.3. Apresentação dos Procedimentos e Dados caracterizados na Pesquisa

Na abordagem individual com as pacientes da Unidade Ginecológica, constatamos que é alta a incidência de internações por doenças com o diagnóstico de Câncer de Útero e Câncer de Mama, agravadas pelo fato de que estas caracterizam-se por estarem num estágio bastante avançado.

Outro dado significativo, era a ausência de conhecimento a respeito de exames preventivos, inclusive, a grande maioria nunca teve oportunidade de fazê-los.

Essa situação nos remeteu à necessidade de obter dados mais apurados e aprofundados dessa realidade, e assim a partir desse conhecimento possibilitar ao Serviço Social subsídios para o desenvolvimento de atividades preventivas da saúde da mulher, mais especificamente das pacientes da Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário.

Objetivos da Pesquisa

A presente pesquisa tem como objetivos, verificar porque as mulheres chegam ao Hospital Universitário com a doença num estágio bastante avançado; Identificar quais as informações que a mulher possui em relação aos exames preventivos de câncer de útero e câncer de mama; Conhecer o nível sócio-econômico-cultural das mulheres internadas na Ginecologia e fornecer subsídios para ações educativas e preventivas.

Procedimento operacional da pesquisa

Determinação da população da pesquisa

Outro passo importante na elaboração do planejamento da pesquisa foi a determinação da população que será pesquisada.

O número de internações na Unidade de Internação Ginecológica com o diagnóstico de câncer de útero e câncer de mama foi de 57 pacientes, sendo que a pesquisa demonstrará 40% deste universo, que representa o total de 23 mulheres.

Elaboração do Instrumento de Coleta de Dados

Quanto a escolha por um instrumento de coleta de dados, optamos pela entrevista semi-estruturada, para a obtenção dos dados desejados em relação ao Câncer Ginecológico e de Mama.

Através deste instrumento levantamos dados relativos à situação de trabalho, economia, habitacional, familiar e escolar, das pacientes internadas na Ginecologia.

Coleta de Dados

Após terem sido definidos os objetivos da pesquisa, bem como os aspectos que deveriam ser investigados, partimos para a realização das entrevistas, que foram realizadas no período que compreendeu de março de 1994 à julho de 1995.

As entrevistas foram realizadas na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário com as pacientes internadas, especificamente aquelas com diagnóstico de Câncer de Útero e Câncer de Mama.

Dados levantados, tabelas e análise da pesquisa realizada na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário

Tabela I - Número de pacientes internados na Ginecologia do HU, e o número de pacientes portadores de Câncer de Útero e Câncer de Mama.

Ano	Meses	Nº de pacientes internados	Tipo de câncer	Nº de pacientes do Câncer
1994	Março	15	Câncer de útero	00
			Câncer de mama	00
1994	Abril	24	Câncer de útero	00
			Câncer de mama	01
1994	Maio	30	Câncer de útero	02
			Câncer de mama	01
1994	Junho	26	Câncer de útero	02
			Câncer de mama	03
1994	Julho	25	Câncer de útero	03
			Câncer de mama	01
1994	Agosto	37	Câncer de útero	05
			Câncer de mama	00
1994	Setembro	32	Cancer de útero	03
			Câncer de mama	01
1994	Outubro	25	Câncer de útero	04
			Câncer de mama	00
1994	Novembro	28	Câncer de útero	00
			Câncer de mama	01
1994	Dezembro	16	Câncer de útero	02
			Câncer de mama	01
1995	Janeiro	17	Câncer de útero	03
			Câncer de mama	02
1995	Fevereiro	15	Câncer de útero	03
			Câncer de mama	01
1995	Março	28	Câncer de útero	02
			Câncer de mama	02
1995	Abril	28	Câncer de útero	02
			Câncer de mama	01
1995	Maio	28	Câncer de útero	04
			Câncer de mama	01
1995	Junho	26	Câncer de útero	05
			Câncer de mama	00
1995	Julho	33	Cancer de útero	01
			Câncer de mama	00
TOTAL		433	TOTAL	57

FONTE: Pesquisa realizada pelo Serviço Social da Ginecologia/ HU, no período de março 94 à julho 95.

Demonstraremos a seguir, algumas características das mulheres internadas na Ginecologia do HU.

Abordamos durante as entrevistas, a situação de trabalho, econômica, condições habitacionais, situação familiar, situação escolar, relacionamento e lazer.

Assim, foi possível traçar algumas características das pacientes internadas na Unidade de Internação Ginecológica.

Características das pacientes:

Situação de trabalho: - do lar;

- agricultoras e,
- domésticas

Situação econômica: - na sua maioria, sobrevivem com estrita suficiência e muitas vezes insuficiência de renda, refletindo na alimentação, habitação, higiene, educação, etc.

Situação habitacional: - moram em casas pequenas e as famílias são numerosas. Algumas casas não tem saneamento básico e o banheiro é externo.

Situação familiar: - casadas e com grande número de filhos.

Situação escolar: - não sabem ler nem escrever;

- 1º grau incompleto e,
- 1º grau completo.

A maioria dessas mulheres quando chega ao hospital, já está doente, pois as políticas de saúde não proporcionam à população as ações preventivas necessárias. Essas pessoas só tem acesso ao tratamento à nível de internação.

Situação Escolar

Tabela II: Grau de escolaridade das pacientes internadas na Ginecologia do Hospital Universitário.

SITUAÇÃO ESCOLARIDADE	
Especificação	Número de Mulheres
Analfabetas	04
1º grau incompleto	14
1º grau completo	03
2º grau completo	02
Total	23

FONTE: Pesquisa realizada pelo Serviço Social da Ginecologia/HU, no período de março/94 à julho/95.

A questão da escolaridade reflete no caso da incidência de um maior número de pacientes com câncer, que tiveram pouco acesso aos estudos e consequentemente foram privadas de conhecimentos e informações que esclarecem os cuidados na área da saúde.

Situação de trabalho

Tabela III - Situação de trabalho das pacientes internadas na Ginecologia do Hospital Universitário.

SITUAÇÃO DE TRABALHO	
Profissão	Número de mulheres
Agricultoras	05
Aposentadas	04
Costureira	01
Do lar	10
Operadora de máquina	02
Professora	01
Total	23

FONTE: Pesquisa realizada pelo Serviço Social da Ginecologia/HU, no período de março/94 à julho/95.

Conforme verifica-se nesta tabela, a maior parte dessas mulheres são donas de casa. Nasceram em famílias humildes, casaram-se cedo e cuidam dos afazeres domésticos.

Periodicidade em que faziam os exames preventivos

Tabela IV - Periodicidade em que as mulheres internadas na Ginecologia, faziam os exames preventivos.

EXAMES PREVENTIVOS	
Quando faziam os exames	Número de mulheres
Sempre	04
Às vezes	07
Nunca	12
Total	23

FONTE: Pesquisa realizada pelo Serviço Social da Ginecologia/HU, no período de março/94 à julho/95.

Constatamos agora, que 52% dessas mulheres nunca realizaram os exames preventivos.

Durante as entrevistas e contatos diários, colocávamos para as pacientes, a importância de fazer os exames preventivos nos períodos corretos, para descobrir alguma anormalidade precocemente. Indicávamos Postos de Saúde, Hospitais e a Rede Feminina de Combate ao Câncer, mais próximos de suas casas.

Número de filhos

Tabela V - Número de gestações das pacientes.

QUANTIDADE DE FILHOS	
Número de gestações	Número de mulheres
Nº de pacientes com 01 gestação	5
Nº de pacientes com 02 gestações	5
Nº de pacientes com 03 gestações	2
Nº de pacientes com 04 gestações	3
Nº de pacientes com 05 ou + gestações	5
Nº de pacientes sem gestações	3
Total	23

FONTE: Pesquisa realizada pelo Serviço Social da Ginecologia/HU, no período de março/94 à julho/95.

Levando-se em conta o número de filhos das pacientes, constata-se que a maioria teve atendimento curativo na gestação, e que as informações sobre os exames preventivos poderiam ser passadas durante a realização do pré-natal e após o parto. No entanto, constatou-se que grande parte dessas mulheres não recebem essas informações.

A forma como o Câncer foi diagnosticado

Tabela VI - Maneira como foi diagnosticado o Câncer.

DIAGNÓSTICO DA DOENÇA	
Maneira como Descobriu	Número de Mulheres
Exame preventivo	07
Através da Internação	12
Estava com Dor	04
Total	23

FONTE: Pesquisa realizada pelo Serviço Social da Ginecologia/HU, no período de março/94 à julho/95.

Recursos existentes na localidade - exame preventivo

Tabela VII - Recursos existentes na comunidade em relação aos exames preventivos.

RECURSOS EXISTENTES NA LOCALIDADE	
Recursos	Número de mulheres
Posto de Saúde	03
Rede Feminina de Combate ao Câncer	03
Hospital	01
Existe, mas nunca procurei	09
Não sei se existe	07
TOTAL	23

FONTE: Pesquisa realizada pelo Serviço Social da Ginecologia/HU, no período de março/94 à julho/95.

Através deste estudo e da pesquisa realizada, constatamos que o problema da saúde é resultado da falta de condições básicas para uma vida digna e sadia.

A população não tem acesso a educação e as informações que seriam básicas para reduzir as doenças.

Assim, quando toda a população tiver acesso igualitário aos benefícios básicos de sobrevivência e aos direitos de cidadão, grande parte das enfermidades poderão ser evitáveis ou descobertas precocemente para um tratamento mais eficaz.

CONCLUSÃO

"Nosso verdadeiro destino é a sabedoria. Todos nós caminhamos para ela, quer por nossa própria conta, quer como geralmente acontece, impulsionados pela dor, que pouco a pouco irão contribuindo para a elaboração de um novo mundo mais pacífico e mais humano."

(Paulo Coelho)

A educação para a saúde é a forma mais eficiente de agilizar as ações preventivas, pois veicula informações e educa a população, proporcionando-lhes mudanças de hábitos e valores, caminhando para a transformação social.

Essa transformação social acontecerá, quando toda a população tiver direitos iguais, onde todos terão moradia decente, alimentação básica, renda satisfatória, acesso à saúde, a educação, e a todos os benefícios para uma vida digna e sadia.

Para toda a população ter uma vida digna, precisamos de um governo que esteja preocupado com a população e interessado em fazer com que todos tenham os mesmos direitos.

O resultado desta transformação social, faria com que a população não adoecesse com tanta frequência e facilidade, pois sabemos que a saúde é o resultado do acesso às condições básicas e sadias de vida.

"Pobreza é destituição, marginalidade e desproteção: destituição dos meios de sobrevivência física; marginalização no usufruto dos benefícios do progresso e no acesso às oportunidades de emprego e renda; desproteção por falta de amparo público adequado e inoperância dos direitos básicos de cidadania que incluem garantias à subsistência e ao bem-estar."

(ABRANCHES, 1985)

Sabemos que grande parte da população, vive em condições miseráveis de sobrevivência, morando mal, passando fome; como é que essas pessoas vão se preocupar com a saúde, vivendo nessas condições.

Então, percebemos que o problema da educação e das informações na área da saúde, são resultados dessas inadequadas condições de vida, que serão sanadas com um governo que esteja realmente voltado as necessidades da população.

Achamos fundamental que algo seja feito em relação à educação em saúde, onde este trabalho mostra a importância da prevenção em saúde.

Diante da pesquisa realizada e do trabalho desenvolvido junto à Unidade de Internação Ginecológica, concluímos que a pesquisa retratou a falta de informações da população à nível de ações de prevenção e de educação popular.

Entendemos que o governo necessita implementar com mais ênfase, ações educativas que preparem a população para a prevenção da saúde.

Isso, no nosso entender, é urgente e representa uma responsabilidade social perante os cidadãos de direito.

Concluímos então, que os exames preventivos ginecológicos feitos periodicamente, reduzem a mortalidade feminina pelas neoplasias malignas de útero e mama, sendo que, quando descobertas precocemente, os tratamentos médicos são mais eficazes.

Para toda a população ter acesso e estar consciente da importância das ações preventivas, é preciso que o governo proporcione à população o acesso às condições básicas de uma vida digna e sadia, as quais já citamos anteriormente.

O presente trabalho, pretende fornecer subsídios para ações educativas e preventivas, com dados coletados durante a pesquisa.

Não se trata de um estudo exclusivamente destinado à Unidade de Internação Ginecológica, mas pretende contribuir para uma futura política mais eficaz no desenvolvimento de ações educativas e preventivas para toda a população.

Por fim, percebemos a importância que a pesquisa tem para o profissional Assistente Social, pois fundamenta a intervenção profissional e este passa a trabalhar com a realidade social apresentada pelos usuários, a partir de conhecimentos científicos.

"A verdadeira riqueza do homem é o bem que ele faz ao mundo."

(MAOMÉ)

SUGESTÃO

Através deste trabalho, sugerimos que sejam realizadas reuniões semanais com a equipe interdisciplinar composta de Médico, Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo e as pacientes internadas na Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário de Florianópolis - SC.

Estas reuniões seriam para passar informações para as pacientes internadas, principalmente em relação aos exames preventivos ginecológicos e de mama, bem como, esclarecer dúvidas em relação aos cuidados básicos na área da saúde da mulher.

Sugerimos que estas reuniões sejam organizadas pelo Serviço Social, juntamente com a equipe interdisciplinar da Unidade de Internação Ginecológica do Hospital Universitário de Florianópolis - SC.

ANEXO

Organograma da Instituição

REFERÊNCIA BIBLIOGRAFIA

- 1 - BOSS, M. Angústia, Culpa e Libertação. Ensaios de Psicanálise Existencial. São Paulo : Livraria 2 Cidades, 1981.
- 2 - BRASIL. Constituição (1988) : República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- 3 - DICHTCHEKENIAN, M.F.S.F.B.. Vida e morte. Ensaios Fenomenológicos. São Paulo : Ed. Companhia Ilimitada, 1988.
- 4 - Diretrizes do Serviço Social do Hospital Universitário
- 5 - Documentação do Hospital Univeristário
- 6 - Documentação da Unidade de Internação Ginecológica
- 7 - Entrevistas com pacientes internados na Ginecologia do Hospital Universitário de Florianópolis, SC.
- 8 - HALBE, H.W. Tratado de Ginecologia. São Paulo : Roca, 1987.
- 9 - LEAVELL, H.R. e CLARK, G. Medicina preventiva. Rio de Janeiro : McGraw-Hill, 1978.

- 10 - MARCONDES, E.. A força do ambiente sobre a saúde. Monografias Médicas.**
São Paulo : Sarvier, 1981.
- 11 - Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**
- 12 - REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Saúde: dialética do pensar e do fazer.**
São Paulo: Cortez, 1986.
- 13 - ROBBINS, Stanley L.; COTRAN, Ramzi S.. Patologia estrutural e funcional.**
Supervisão da tradução de Zilton A. Andrade., Rio de Janeiro : Ed. Inter-americana, 1983.
- 14 - VARGAS, Eliane Portes; ROMEIRO, Elizabeth de Andrade. Práticas de educação em saúde: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Saúde - Escola Germano Sinval Faria - Rio de Janeiro: ENSP, 1992.**
- 15 - VASCONCELOS, Eymard M. Educação popular nos serviços de saúde.**
2.ed., São Paulo ; Editora Hucitec, 1991.